



Consentimiento escrito para el tratamiento de menores

Yo, _____, padre de _____, le concedo a
(Nombre del padre) (Nombre del niño)

_____ la autoridad para dar consentimiento a la administración de vacunas
(Nombre del guardián temporal)

En el Departamento de Salud del Condado de Lake Programa de Vacunas.

La autoridad temporal es por siguientes día (s) de servicio: _____.
Fecha de servicio (s)

Este permiso temporal expira un año del día de autorización, a menos que el padre o guardián provea una fecha más corta. El padre o guardián puede revocar el permiso por escrito en cualquier momento.

_____	_____
Nombre del niño	Fecha de Nacimiento
_____	_____
Nombre del padre o guardián	Relación con el niño
_____	_____
Dirección	Número de teléfono
_____	_____
Nombre del guardián temporal	Relación con el niño
_____	_____
Dirección del guardián temporal	Número de teléfono

El guardián temporario tiene el consentimiento de autorizar todas las vacunas recomendadas excepto

(Liste las excepciones aquí)

Imprima el nombre del padre o guardián Firma del padre o guardián Fecha